

VIH/SIDA 30 AÑOS DESPUES

Desde la publicación de la aparición de casos de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (ex *carinii*) -interpretados luego como casos de SIDA - en Los Angeles, EEUU, en junio de 1981 han pasado 30 años¹. Dos años después de este hallazgo se identificaría el virus VIH como la causa del SIDA en forma simultánea en Francia y en EEUU^{2,3}. A partir de allí se pudo diseñar una prueba serológica para detectar los anticuerpos de la infección y de esta manera, facilitar el diagnóstico y la prevención. En los años siguientes hubo avances muy importantes en la patogénesis, la comprensión de la historia natural de la infección, las características del virus y las respuestas del huésped. Se identificó al linfocito T-CD4 como el receptor primario del VIH-1 y los receptores de quimoquinas CCR5 y CXCR4 como los principales correceptores. A su vez el reconocimiento del ciclo de replicación del virus facilitó la búsqueda de los "targets" para el tratamiento antirretroviral y fue así que en el año 1987 se aprobó la primera droga que disminuyó en forma significativa la muerte y las complicaciones asociadas a la infección VIH en los pacientes con SIDA⁴. Actualmente disponemos de 26 drogas activas y a partir del año 1996 se utiliza el tratamiento combinado como estrategia terapéutica. La expectativa de vida en los adultos asintomáticos recientemente diagnosticados es semejante a la de los individuos no infectados.

Uno de los avances más importantes en la historia de la infección VIH fue la prevención de la transmisión vertical a través del diagnóstico y tratamiento de la infección durante el embarazo, el

parto y en el recién nacido expuesto. En el año 1994 se demostró que la tasa de transmisión vertical podía reducirse de 25% (sin intervención) a 8% con la administración de AZT en la embarazada y el recién nacido⁵. Actualmente con el tratamiento combinado de antirretrovirales dicha tasa de transmisión se redujo a menos de 1%. Esto junto con la disponibilidad de los nuevos tratamientos ha reducido la incidencia de SIDA en pediatría de manera dramática.

En los últimos años se pudo comprobar la hipótesis del tratamiento como prevención también en pacientes adultos. Se demostró que una comunidad con un porcentaje elevado de su población infectada bajo tratamiento de alta eficacia tiene un número limitado de nuevas infecciones⁶.

La Argentina presenta una epidemia de tipo "concentrada" en la que la prevalencia de infecciones en la población joven y adulta es inferior al 1% pero superior al 5% en algunos grupos específicos. Sobre una población de 40 millones de habitantes en el año 2010, la estimación de personas infectadas asciende a 130.000, de las cuales el 50% conocería su infección y alrededor de 56.000 acceden al sistema de salud. En los últimos años la curva de nuevas infecciones está estabilizada, la tasa de infección por VIH se ubicó en un valor de 13 por 100.000 habitantes. La prevalencia en mujeres embarazadas es de 0.4%.

La epidemia sigue afectando principalmente los grandes conglomerados urbanos en todas las ciudades capitales del país, el 70% de la epidemia se

concentra en la provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe y en Córdoba. En relación con las notificaciones de niños y adolescentes, desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2010 se recibieron 4618 notificaciones en el grupo de 0 a 14 años. Gracias a la implementación del programa perinatal de prevención de la infección VIH en los últimos años la incidencia de nuevos casos en niños ha disminuido sustancialmente.

El mayor desafío actual es que el tratamiento llegue a todos los que lo necesitan. A modo de ejemplo, en nuestro país se estima que alrededor del 50% de las personas infectadas no conocen aún el diagnóstico y por lo tanto no tienen acceso al tratamiento.

Es importante remarcar que nuestro hospital ha participado activamente de todos estos avances. Desde el inicio de la epidemia se elaboraron recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los niños infectados con el virus VIH que fueron ampliamente difundidas. En el aspecto asistencial hemos documentado la disminución de las complicaciones y el aumento de la sobrevivencia con la administración del tratamiento antirretroviral de alta eficacia y actualmente estamos evaluando los efectos a largo plazo de estas drogas⁷. Desde el área básica se han hecho aportes muy importantes en la patogenia de la enfermedad definiendo factores genéticos protectores para la adquisición y la evolución de la infección en los niños. Así se demostró que algunos polimorfismos del correceptor CCR5 facilitan la transmisión vertical del virus y la progresión a SIDA y muerte, mientras que otros disminuyen la susceptibilidad⁸. También se pudo demostrar que el gen de la quimioquina denominada CCL3L1 con actividad supresora anti-VIH-1 puede presentar un número de copias variable: una dosis génica mayor que el promedio de la población se asocia con un fuerte efecto protector en la transmisión y en la progresión a SIDA⁹.

En este número se presentan datos acerca de factores psicosociales relacionados con la adherencia que remarcan la importancia del soporte del niño y la familia en el tránsito de esta enfermedad¹⁰.

Es tiempo de compartir nuestros éxitos así como de reflexionar críticamente respecto a nuestros fracasos. Es hora de enfrentar a los desafíos que se

interponen entre nosotros y el fin de esta epidemia. De acuerdo a la consigna de ONUSIDA vamos por cero nuevas infecciones, cero muertes, cero discriminación. Algunos dirán que es una utopía... Para ellos vale la frase de Eduardo Galeano: "Para qué sirve la utopía? Ella está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar"¹¹.

REFERENCIAS

1. Center for Diseases Control (CDC) Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981;30:250-2.
2. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dautet C, Axler-Blin C, Vézinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 1983 May 20;220(4599):868-71
3. Gallo RC, Salahuddin SZ, Popovic M, Shearer GM, Kaplan M, Haynes BF, Palker TJ, Redfield R, Oleske J, Safai B, et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. Science. 1984 May 4;224(4648):500-3.
4. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL, Leedom JM, Groopman JE, Mildvan D, Schooley RT, et al. The efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. N Engl J Med. 1987 Jul 23;317(4):185-91.
5. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. AIDS Clinical Trial Group Protocol 076 Study Group. N Engl J med 1994;331(18):1173-80.
6. Montaner JSG, Lima VD, Barrios R, et al. Association of highly active antiretroviral coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnosis in British Columbia, Canada. A population based study. The Lancet. 2010; 376; 532-539.
7. Bologna R., Mecikovsky D., Rocco C., Ruvinsky S. Rossi J., Mangano A., Sen L. Tratamiento antirretroviral de alta eficacia en pediatría: nuestra experiencia. Medicina Infantil 2005; 12 (1); 12-21.
8. Mangano A., Gonzalez E., Dhanda R., et al. Concordance between the CC Chemokine Receptor 5 genetic Determinants that alter risk of Transmission and Disease Progression in Children Exposed perinatally to Human Immunodeficiency Virus. The Journal of Infectious Diseases 2001; 183; 1574-85.
9. Gonzalez E., Mangano A., Kulakani H., et al. The influence of CCL3L1 Gene-containing segmental duplications on HIV-1/AIDS Susceptibility. Science 2005;Vol 307; 1434-1440.
10. C. Miranda, A. Bordato, R. Bologna, C. Rocco, D. Mecikovsky, V. Blumetti, J. Chowdhury, D. Indyk. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento antirretroviral en niños con infección perinatal por VIH-1. Medicina Infantil. 2012; 20(1): 9-16.
11. Cahn P. De realidades y utopías: treinta años de lucha contra el sida, hacia el control de la epidemia? Actualizaciones en SIDA.2011; 73; 65-66.

*Dra. Rosa M. Bologna
Jefa del Servicio de Control
Epidemiológico e Infectológico*